PŘÍLOHA K ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Vyjádření ošetřujícího lékáře o zdravotním stavu žadatele o poskytování pobytové sociální služby[1]	
Název poskytovatele pobytové sociální služby:	

Žadatel:		
Jméno, příjmení, titul:		
Datum narození:		
Zdravotní pojišťovna:		
Základní diagnózy žadatele:		
Závažné nemoci žadatele:		
Demence:	☐ ne ☐ ano	Typ demence:
Stupeň demence:	☐ I. ☐ II. ☐ III.	
Dezorientace v prostoru:	☐ ne ☐ ano	
Mentální postižení:	☐ ne ☐ ano ☐ lehké ☐ střední ☐ těžké	
Další psychiatrická onemocnění*:	☐ ne ☐ ano	Upřesnění:
Závažné projevy chování: *(např. agresivita apod.)*	☐ ne ☐ ano	

***** Pokud se vyjádření ošetřujícího lékaře vztahuje k zařízení Domov ve Věži, p. o. nebo Domova Nové Syrovice, p. o. a zaškrtnete položku ANO, musí být součástí této přílohy i aktuální lékařská zpráva od psychiatra.

[1] Dle § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Závislosti žadatele:		
Na alkoholu:	☐ ne ☐ ano	Upřesnění:
Abstinence delší než 1 rok:	☐ ne ☐ ano	
Jiné návykové látky:	☐ ne ☐ ano	
Mobilita žadatele:		
Schopnost samostatného pohybu mimo lůžko:	☐ ne ☐ ano ☐ s pomůckou:	
Jiná podstatná sdělení: (včetně případné informace, že žadatel není schopen sám jednat, podepsat se)		

Další diagnózy žadatele: (pouze pro žadatele o službu v zařízení Domov důchodců Proseč u Pošné, p. o.)	
Poúrazové stavy hlavy a páteře:	☐ ne ☐ ano
Stav po CMP a jiné neurologické diagnózy s postižením pohybového aparátu:	☐ ne ☐ ano
Parkinsonova nemoc:	☐ ne ☐ ano
Roztroušená skleróza:	☐ ne ☐ ano
Svalová dystrofie:	☐ ne ☐ ano
Huntingtonova choroba:	☐ ne ☐ ano / fáze: ☐ I. ☐ II. ☐ III.

Dne

Razítko a podpis lékaře